

AGATA JANASZCZYK, KATARZYNA LEONIUK

## **REHABILITACJA SPOŁECZNA W KONTEKŚCIE ROLI ZAWODOWEJ FIZJOTERAPEUTY**

### **SOCIAL REHABILITATION IN CONTEXT OF PROFESSIONAL ROLE OF THE PHYSIOTHERAPIST**

Zakład Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego  
kierownik: dr n. hum. Agata Janaszczyk

Celem badania ankietowego było uzyskanie informacji o postrzeganiu procesu rehabilitacji społecznej przez grupę aktywnych zawodowo fizjoterapeutów. Po pierwsze, posiadana przez respondentów wiedza na temat rehabilitacji społecznej, obejmuje trzy różne znaczenia owego procesu, który traktowany jest jako adaptacja osób niepełnosprawnych do życia społecznego, aktywizacja działań całego społeczeństwa na rzecz niepełnosprawnych osób oraz integracja, czyli włączanie niepełnosprawnych w sferę życia publicznego. Po drugie, rozpoznanie opinii dotyczących dostępności oraz skuteczności poszczególnych form rehabilitacji pozwoliło na ustalenie, iż według fizjoterapeutów najniższym stopniem realizacji charakteryzuje się właśnie rehabilitacja społeczna. Po trzecie, zweryfikowanie oceny systemu wsparcia społecznego jako przeciętnie spełniającego swoją rolę ukazało, że fizjoterapeuci upatrują źródła odpowiedzialności za rehabilitację społeczną przede wszystkim w rodzinie. Po czwarte zaś, sondując postawy respondentów, co do ewentualnego uwzględnienia ich roli w rehabilitacji społecznej, zdecydowana większość wykazuje świadomość szerszego niż medyczne oddziaływania podczas zabiegów fizjoterapeutycznych oraz podkreśla, iż personel medyczny ponosi znaczną część odpowiedzialności za rehabilitację społeczną.

Kompleksowość i komplementarność elementów procesu rehabilitacji implikuje wielowymiarowe postrzeganie działań, zmierzających do szeroko rozumianego przywrócenia sprawności osobie, która utraciła lub zmuszona była do ograniczenia zdolności funkcjonowania w codziennym życiu. W ramach ogólnie rozumianej rehabilitacji zwykło się wymieniać trzy podstawowe i główne jej aspekty, tzn. medyczny, psychologiczny oraz społeczny. Owe aspekty, z jednej strony, wyznaczają odrębne obszary wiedzy i oddziaływań profesjonalistów, z drugiej zaś, wzajemnie się uzupełniają, stanowią specjalistyczne formy interwencji, które dotyczą odmiennych problemów i potrzeb osób niepełnosprawnych. Profesjonalizacja oraz specjalizacja działań powodują, iż nie ma wątpliwości, co do określenia podmiotów czynności medycznych

(m.in. lekarze, fizjoterapeuci) oraz psychologicznych (m.in. psychologzy kliniczni, psychoterapeuci), które obejmują sferę fizycznego oraz psychicznego stanu osoby niepełnosprawnej, dlatego stosunkowo precyzyjnie można zdefiniować zarówno rehabilitację medyczną (lecniczą oraz ruchową) [4], jak i psychologiczną versus psychiczną [1].

Natomiast ze względu na dość ogólny, złożony i szeroko określony zakres czynności w ramach rehabilitacji społecznej, trudno wskazać jednoznacznie, ale i zarazem sprecyzowane jej określenie. Rehabilitacja społeczna jest określana jako proces przywracania osobie niepełnosprawnej możliwości aktywnego uczestnictwa oraz samodzielnego funkcjonowania w środowisku i życiu społecznym, które rozumiane jest jako pełnienie ról i zadań społecznych, partycypacja we wszelkich dobrach pożądanym i osiągniętych przez członków społeczeństwa czy też podjęcie pracy zawodowej [4,1,11]. Takie, szerokie rozumienie rehabilitacji środowiskowej ma w rezultacie wpływ na realne rozczłonkowanie odpowiedzialności, a także kompetencji rehabilitacyjnych między pracownikami socjalnymi, pedagogami specjalnymi, ortopedagogami, pracownikami instytucji, takich jak PFRON (Państwowy Fundusz Rehabilitacyjny Osób Niepełnosprawnych), organizacjami pozarządowymi czy wreszcie wszelkiego rodzaju fundacji. Dodatkowo należy zaakcentować, iż pomimo profesjonalizacji oraz specjalizacji form interwencji, które są ukierunkowane na specyficzne zapotrzebowania osób niepełnosprawnych, takie cechy jak kompleksowość i komplementarność rehabilitacji są rozumiane już nie tylko jako współdziałanie członków interdyscyplinarnego zespołu, ale jako wszechstronność, uniwersalność i wielozadaniowość każdego z członków. Tego typu tendencja uwidacznia się zwłaszcza w odniesieniu do psychologicznych i społecznych działań rehabilitacyjnych [4]. Co prawda, choć owe działania w wykonaniu specjalistów, np. pracowników socjalnych czy chociażby psychoterapeutów związane są z instytucjonalną, a niejednokrotnie naukową wiedzą, to coraz częściej psychologiczne i społeczne komponenty procesu rehabilitacji stają się mniej lub bardziej profesjonalnymi kompetencjami osób, które mają zawodowy kontakt z osobami niepełnosprawnymi, a więc między innymi trzeba uwzględnić tu personel medyczny, w tym fizjoterapeutów. Należy bowiem zwrócić uwagę na to, iż system społecznego czy raczej wręcz psychospołecznego wsparcia osób niepełnosprawnych stanowiący „dopełnienie zorganizowanego cyklu rehabilitacji” [7] i w zasadzie w znacznym stopniu będący jego integralną częścią, spełnia różnorodne funkcje m.in. informacyjne, instrumentalne, dowartościowujące czy chociażby tzw. wspieranie w rozwoju itd. [7]. Funkcje te są realizowane również w toku rehabilitacji medycznej, ponieważ zgodnie z duchem kompleksowej i komplementarnej rehabilitacji osoba niepełnosprawna nie może być traktowana biernie jako przedmiot [3] usprawnienia, kompensacji, korygowania czy też podwyższania funkcjonalnej wydolności organizmu. W związku z powyższym, interesujące wydaje się zdiagnozowanie wiedzy, opinii, oceny oraz postaw fizjoterapeutów w odniesieniu do rehabilitacji społecznej oraz społecznego wsparcia osób niepełnosprawnych.

## CEL PRACY

Celem pracy jest prezentacja wiedzy, opinii, ocen oraz postaw fizjoterapeutów w odniesieniu do procesu rehabilitacji społecznej.

Szczegółowa problematyka badawcza to:

1. Rozumienie procesu rehabilitacji społecznej przez fizjoterapeutów
2. Rola personelu medycznego w terapii osób niepełnosprawnych

3. Skuteczność i dostępność poszczególnych aspektów rehabilitacji
4. Ocena istniejącego systemu wsparcia społecznego osób niepełnosprawnych

## MATERIAŁ I METODY

Prezentowany materiał badawczy zebrano przy użyciu autorskiego kwestionariusza ankiety, składającego się z 29 pytań o różnym stopniu standaryzacji.

Narzędzie badawcze zbudowane jest z następujących bloków tematycznych:

1. Charakterystyka zawodu fizjoterapeuty (motywy wyboru kierunku kształcenia, stopień satysfakcji z wykonywanej pracy, cechy charakterystyczne profesji, społeczne funkcje zawodu).

2. Istota relacji fizjoterapeuta – pacjent (najczęściej występujące schorzenia, funkcje procesu rehabilitacji, pozytywne i negatywne reakcje na działania terapeutyczne, podmiotowość pacjentów).

3. Proces rehabilitacji w kontekście społecznym (dynamika postaw Polaków wobec osób niepełnosprawnych, rola fizjoterapeutów w rehabilitacji kompleksowej, instytucjonalna odpowiedzialność za proces integracji społecznej, metody aktywizacji pacjentów, ograniczenia w dostępie do usług wspierających, skuteczność poszczególnych form rehabilitacji).

Analiza statystyczna zebranego materiału przeprowadzona została przy użyciu programu SPSS wersja 14.0.

Etap terenowy zrealizowany w 2008 roku, stanowi pierwszą część większego projektu dotyczącego oceny jakości rehabilitacji społecznej oraz stylu życia osób niepełnosprawnych, z perspektywy personelu medycznego i wybranych grup osób z trwale ograniczoną sprawnością fizyczną. Temat ten realizowany jest w ramach badań statutowych Zakładu Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej.

Grupa respondentów to 152 czynnych zawodowo fizjoterapeutów, z których 76 stanowią studenci AMG podnoszący kwalifikacje zawodowe na zaocznych studiach licencjackich oraz magisterskich studiach uzupełniających. Pozostałe 76 osób to pracownicy, wybranych losowo, publicznych i niepublicznych ośrodków zdrowia i oddziałów szpitalnych. Zastosowana metoda doboru respondentów pozwoliła na zebranie grupy badawczej zróżnicowanej pod względem: poziomu wykształcenia, stażu pracy i miejsca zatrudnienia. W pomiarze uwzględniono również zmienne społeczno – demograficzne takie jak: wiek, płeć oraz intensywność kontaktów z osobami niepełnosprawnymi poza miejscem pracy.

W badanej zbiorowości wyraźnie dominują kobiety (83%) i osoby młode – dwie trzecie badanych nie przekroczyło 31 roku życia. Wśród respondentów największą grupę (41%) stanowią osoby z wykształceniem wyższym licencjackim, pozostali – to absolwenci średnich szkół medycznych (31%) oraz osoby z tytułem magistra (20%).

Struktura wieku odzwierciedla się w stażu pracy ankietowanych – 51% pracuje w zawodzie fizjoterapeuty nie dłużej niż 5 lat. Nie brakuje również osób o bogatszym doświadczeniu – aż 18% spośród nich pracuje powyżej 20 lat, z tego 3% nawet powyżej 30 lat.

Dokładnie połowa badanych (50%) zatrudniona jest w publicznym sektorze usług medycznych (ośrodki zdrowia i oddziały szpitalne), pozostałe osoby pracują w sektorze prywatnym (35%). Należy zauważyć, że udało nam się skontaktować z niewielką ilością osób prowadzących własną działalność gospodarczą (6%), spowodowane jest to trudnościami formalnymi w dotarciu do tej grupy potencjalnych respondentów.

Dwoma głównymi przyczynami wyboru zawodu fizjoterapeuty okazały się: motyw społeczny (kontakt i praca z ludźmi) i psychologiczne (zainteresowanie wiedzą medyczną, możliwość samorealizacji). Badani rzadziej wskazywali na zagadnienia powszechnie uznawane jako powody podjęcia kształcenia w zawodach medycznych, czyli chęć niesienia pomocy innym ludziom (motyw altruistyczny) oraz społeczne zapotrzebowanie na usługi rehabilitacyjne (motyw rynkowy). Niezależnie od czynników wpływających na wybór profesji, ankietowani posiadali względnie realistyczną wizję warunków pracy. Połowa badanych ocenia, że ich oczekiwania związane z wyborem zawodu spełniły się (w tym 10% twierdzi, że w pełni, zaś pozostałe 38% – że w dużym stopniu). Pozostali udzielili odpowiedzi ambiwalentnej (spełniły się częściowo – 46%). Tylko 5% oceniło negatywnie realizację swoich przewidywań. Można zauważyć że im wyższy poziom wykształcenia badanych – tym większa satysfakcja z wyboru zawodu. Wśród osób z wykształceniem średnim zadowolonych jest tylko 29% ankietowanych, z wykształceniem wyższym licencyjnym – 55%, a z wyższym magisterskim – 58%.

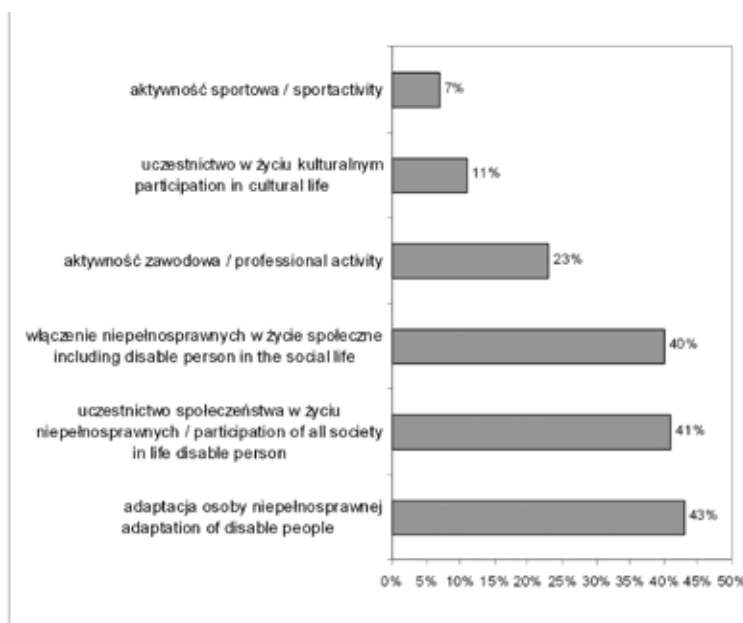
Ankietowani postrzegają pracę w zawodzie fizjoterapeuty jako: wymagającą dużej wiedzy specjalistycznej, ciągłego podnoszenia kwalifikacji, długoletniej praktyki i jako pracę ciekawą. Negatywnymi konsekwencjami pracy w zawodzie są niesatysfakcjonujące zarobki oraz brak wysokiego prestiżu społecznego.

## WYNIKI

Podstawową kwestię badawczą stanowiła próba zdefiniowania procesu rehabilitacji społecznej z punktu widzenia fizjoterapeutów. W celu uzyskania możliwie wieloaspektowego i wyczerpującego opisu, zostało sformułowane, tzw. pytanie otwarte, czyli pytanie, w którym nie występuje kateria odpowiedzi (propozycje do wyboru). Taka forma zapewnia respondentowi całkowitą swobodę interpretacji pytania, a jednocześnie zmusza do zastanowienia się nad treścią odpowiedzi. Omawiany typ pytania ankietowego następczo także pewnych trudności interpretacyjnych, ponieważ należy dokonać analizy, a następnie syntetycznej kategoryzacji uzyskanych odpowiedzi.

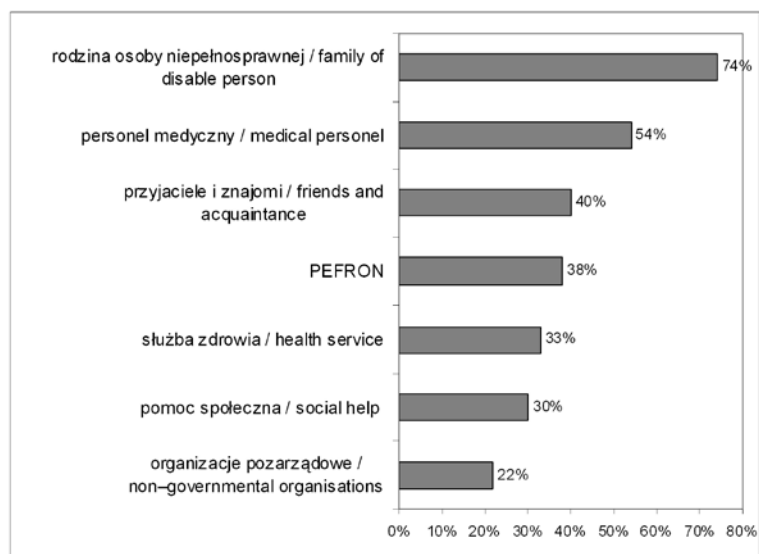
Pomimo dużej różnorodności znaczenia rehabilitacji społecznej, można wyróżnić trzy podstawowe typy interpretacji tego pojęcia. Pierwszą grupę respondentów (43%) stanowią osoby utożsamiające ów proces z adaptacją osoby niepełnosprawnej do życia społecznego i publicznego, co między innymi przejawia się w nieograniczonym korzystaniu z wszelkich dóbr oraz możliwością wykonywania podstawowych ról społecznych. Drugą grupę stanowią badani (41%), którzy rozumieją rehabilitację społeczną jako wspólną aktywność całego społeczeństwa tworzącego warunki i możliwości dla osób niepełnosprawnych. Trzeci typ rozumienia rehabilitacji społecznej stanowią wypowiedzi w duchu idei integracji (40%), kładące nacisk na bezpośrednie włączanie osób niepełnosprawnych w środowisko lokalne oraz częste kontakty z osobami zdrowymi.

Wśród badanych nie zabrakło również osób, podchodzących do problemu w sposób bardziej selektywny, aczkolwiek bezpośredni, tzn. utożsamiających omawiane zjawisko z konkretnymi działaniami z zakresu uczestnictwa niepełnosprawnych w życiu kulturalnym, aktywności zawodowej bądź uprawianiem sportu. Prezentowana typologia stanowi próbę wyróżnienia charakterystycznych dla badanej zbiorowości tendencji określania znaczenia pojęcia „rehabilitacja społeczna”. Należy zaznaczyć, iż konsekwencją pozostawienia badanym swobody wypowiedzi



Ryc. 1. Co oznacza termin rehabilitacja społeczna?

Fig. 1. What means the term „social rehabilitation”?



Ryc. 2. Kto ponosi odpowiedzialność za rehabilitację osób niepełnosprawnych?

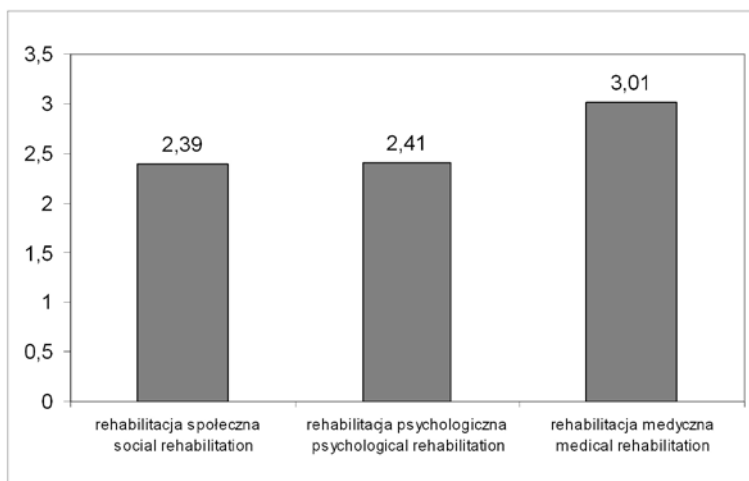
Fig. 2. Who is responsible for social rehabilitation of disabled people?

jest możliwość jednoczesnego wymieniania przez respondentów cech rehabilitacji społecznej, które należą do różnych jej modeli, co sugeruje wieloaspektowe ujęcie owego procesu przez badanych fizjoterapeutów.

Istotną kwestią wydaje się ustalenie kto, oprócz samej osoby niepełnosprawnej, ponosi odpowiedzialność za proces rehabilitacji społecznej. Zgodnie z oczekiwaniami, badani fizjoterapeuci w pierwszej kolejności wskazują na najbliższą rodzinę pacjenta (74%). Dalsze pozycje zajmują: personel medyczny (54%), znajomi i przyjaciele (40%) oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (38%). Zaskakująca jest stosunkowo niska pozycja pomocy społecznej i organizacji pozarządowych oraz całkowite pominięcie przez respondentów instytucji edukacyjnych.

Idea rehabilitacji kompleksowej zakłada działania interdyscyplinarne na rzecz osób niepełnosprawnych, a więc współpracę różnych instytucji: medycznych, pomocy społecznej, edukacji oraz grup samopomocowych i stowarzyszeń. Wszystkie wymienione sektory powinny wspierać rodzinę niepełnosprawnego w działaniach zapobiegających marginalizacji społecznej. Wyniki sugerują, że z jednej strony, fizjoterapeuci jako personel medyczny czują się odpowiedzialni za proces rehabilitacji społecznej, z drugiej zaś nie dostrzegają lub nie doceniają roli, znaczenia instytucji, których przeznaczeniem jest zaangażowanie w prawidłowy przebieg badanego procesu. W związku z powyższym, funkcjonujący w naszym kraju instytucjonalny system wsparcia osób niepełnosprawnych został określony jako przeciętnie spełniający swoją rolę (50%). Pozostałe osoby podzieliły się na dwie grupy: pozytywnie oceniających (23%) oraz negatywnie oceniających (28%).

Kolejnym elementem badania była opinia fizjoterapeutów na temat dostępności do poszczególnych form rehabilitacji (medycznej, psychologicznej i społecznej) i została poddana zdiagnozowaniu za sprawą zastosowania 5 – stopniowej skali, w której 1 było oceną najniższą, zaś 5 – najwyższą. Respondenci najlepiej ocenili dostęp do rehabilitacji medycznej (3,01), następnie do rehabilitacji psychologicznej (2,41) zaś najniższy wynik dotyczy rehabilitacji społecznej (2,39).



Ryc. 3. Dostępność poszczególnych form rehabilitacji

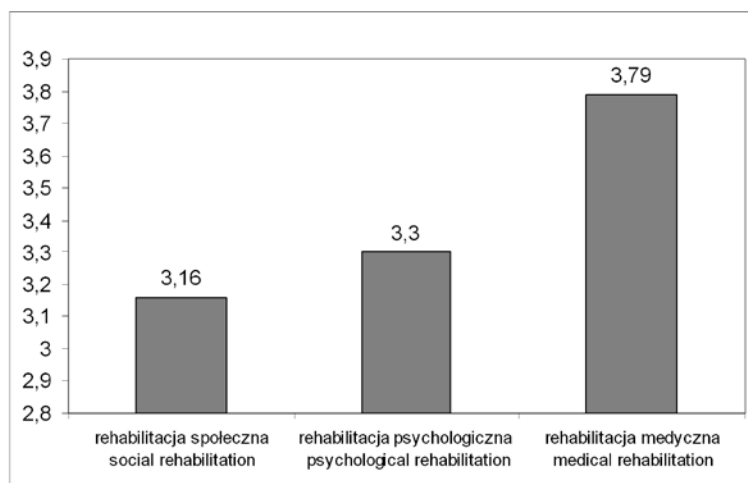
Fig. 3. Availability of separate rehabilitation forms

Uzyskane wyniki wskazują, iż w opinii badanych, możliwości uczestnictwa osób niepełnosprawnych w procesie rehabilitacji w każdym z jej wymiarów, wydają się być przeciętne. Najlepsza opinia na temat dostępności działań medycznych może wynikać z posiadania przez fizjoterapeutów największej wiedzy na temat tego rodzaju oferty.

W trzech przypadkach, tzn. z uwagi na następujące zmienne niezależne: wiek, wykształcenie i staż pracy, różnice w ocenach dostępności rehabilitacji medycznej okazały się istotne statystycznie (wyliczenia zostały zrobione przy użyciu testu F Fischera). Otóż w przypadku wieku i stażu pracy prawidłowość jest następująca: im niższy wiek lub mniejsze doświadczenie zawodowe respondenta, tym wyższa ocena dostępności oferty medycznej kierowanej do osób niepełnosprawnych. W przypadku zaś zmiennej niezależnej jaką jest wykształcenie, grupą najgorzej oceniającą zjawisko dostępności do rehabilitacji medycznej byli respondenci z wykształceniem średnim zaś najlepiej osoby z wykształceniem licencjackim.

W opinii badanych fizjoterapeutów rehabilitacja medyczna została również najwyższej oceniona w kontekście skuteczności, a średnie oceny (w 5-stopniowej skali) wszystkich form rehabilitacji są nieznacznie wyższe od wcześniej ocenianej ich dostępności i wynoszą odpowiednio: 3,79 (rehabilitacja medyczna), 3,30 (rehabilitacja psychologiczna), 3,16 (rehabilitacja społeczna). Należy zaznaczyć, iż ze względu na zmienne niezależne owe różnice w dokonanych ocenach okazały się nieistotne statystycznie.

Podsumowując trzeba jeszcze raz podkreślić, iż respondenci w sposób przeciętny opiniowali zarówno dostępność, jak i skuteczność różnych form działań rehabilitacyjnych, z niewielką przewagą zabiegów medycznych nad działaniami psychologicznymi i społecznymi. W tym miejscu należy dodać, że wśród czynników warunkujących przystąpienie do rehabilitacji, ankietowani wymieniali najczęściej czynniki indywidualne, takie jak: motywacja i aspiracje poszczególnych pacjentów (49%) oraz dostępność rehabilitacji w rozumieniu architektoniczno-komunikacyjnym (36%). Natomiast w dalszej kolejności wśród czynników determinujących rozpoczęcie rehabilitacji fizjoterapeuci wymieniali finanse (22%) zaś jako najmniej istotne



Ryc. 4. Skuteczność poszczególnych form rehabilitacji

Fig. 4. Effectiveness of separate rehabilitation forms

– wiek (4%), a także wykształcenie (3%). Podobnie od indywidualnych czynników, takich jak: świadomość i wiara w skuteczność rehabilitacji (59%), aktywna postawa życiowa (51%), fizjoterapeuci uzależniali korzystanie przez pacjentów z dodatkowej rehabilitacji. Również i w tym przypadku warunki finansowe stanowiły dość ważny czynnik (49%) warunkujący działania osób niepełnosprawnych, choć został on wskazany dopiero na trzecim miejscu, zaś jako ostatni fizjoterapeuci wymienili czynnik, jakim jest wykształcenie (11%). Badaną grupę charakteryzuje stosunkowo wysoki poziom odpowiedzialności za działania wspierające pacjentów, gdyż aż 80% spośród nich postrzega swoją pracę jako nie ograniczającą się jedynie do fizycznego usprawniania organizmu. Respondenci podkreślają, że ich praca stanowi jednocześnie element procesu terapeutycznego (69%), a niektórzy wspominają o wspieraniu pacjenta (20%) jako istotnej funkcji fizjoterapii.

## DYSKUSJA

W zakresie wiedzy, jaką posiadają badani fizjoterapeuci na temat rehabilitacji społecznej, zostały scharakteryzowane trzy główne ujęcia owego procesu, który rozumiany jest, po pierwsze, jako adaptacja osoby niepełnosprawnej do szeroko pojętego życia społecznego [9], po drugie, jako uczestnictwo społeczeństwa w rozwiązywaniu problemów i realizowaniu potrzeb osób niepełnosprawnych, po trzecie zaś, jako bezpośrednie włączanie w środowisko i utrzymywanie kontaktów niepełnosprawnych z osobami zdrowymi. Należy zaznaczyć, iż owym wymienionym przez badanych fizjoterapeutów typom rozumienia rehabilitacji społecznej odpowiada teoria, opisująca poszczególne modele niepełnosprawności.

Zatem pierwszemu wymienionemu ujęciu rehabilitacji społecznej jako przygotowaniu osoby niepełnosprawnej do funkcjonowania w społeczeństwie, odpowiada jednostkowy model niepełnosprawności. W literaturze przedmiotu podkreśla się, iż model ten akcentuje niepełnosprawność jako konsekwencję choroby, a kierunkiem działań jest adaptacja osoby do warunków, w jakich żyją zdrowi członkowie społeczeństwa [1,6]. Z reguły ów model dotyczy przede wszystkim rehabilitacji medycznej, ale w przełożeniu na działania w ramach rehabilitacji społecznej, adaptacja oznacza po prostu bierne przystosowanie osoby niepełnosprawnej do środowiska społecznego, które nie uwzględnia działań związanych z koniecznością jednoczesnego przystosowaniem się środowiska społecznego do potrzeb osób niepełnosprawnych [1]. Jak się wydaje, nieznaczną, bo trzy procentową przewagę adaptacyjnego rozumienia procesu rehabilitacji środowiskowej, może wynikać właśnie z przełożenia biomedycznych paradygmatów usprawniania, kompensacji czy korygowania tkwiących w pracy fizjoterapeuty, na społeczną płaszczyznę ujmowania procesu rehabilitacji. Dodatkowym powodem, który sugeruje tego typu wnioski, jest podkreślanie przez badanych fizjoterapeutów niezwykle ważnej roli, jaką odgrywają indywidualne motywy przystępowania oraz dodatkowego korzystania z rehabilitacji przez osoby niepełnosprawne.

Drugiemu typowi rozumienia procesu rehabilitacji, który został wskazany przez badanych fizjoterapeutów, czyli aktywnej partycypacji całego społeczeństwa w problemach osób niepełnosprawnych, zdaje się odpowiadać społeczny model niepełnosprawności. Ów model charakteryzuje się przede wszystkim aktywną rolą członków oraz instytucji wsparcia społecznego nie tylko pod kątem znoszenia barier, ale również minimalizowaniu wszelkich makro- i mikro- środowiskowych deficytów [1,6]. Trzeciemu zaś ujmowaniu procesu rehabilitacji spo-



lecznej, tzn. bezpośredniemu włączaniu osób niepełnosprawnych w nurt codziennych kontaktów ze zdrowymi osobami, odpowiada integracyjny model niepełnosprawności, którym nawiązuje do współczesnych koncepcji integracji [8], a w piśmiennictwie występuje chociażby pod nazwą tzw. modelu praw człowieka [6]. W takim ujęciu akcentuje się równouprawnienie niepełnosprawnych i zdrowych, a samej niepełnosprawności nie traktuje się jako stanu, lecz interakcję społeczną, między wzajemnie dopasowującymi się stronami [10]. Omówione trzy korelacje między rozumieniem procesu rehabilitacji społecznej a modelami niepełnosprawności, w odpowiedziach badanych fizjoterapeutów tworzą nieco hierarchiczny układ, tj. od bardziej preferowanego adaptacyjno-indywidualnego, przez partycypacyjno-społeczny, aż do najmniej wybieranego – integracyjnego.

Należy zaznaczyć, że rozkład procentowy poszczególnych rodzajów modeli rehabilitacji społecznej jest w zasadzie równomierny, co przy uwzględnieniu otwartego charakteru pytania dotyczącego znaczenia rehabilitacji społecznej sugeruje, iż poszczególni respondenci są skłonni określać ów proces przez jednoczesne wskazywanie cech specyficznych dla różnych modeli niepełnosprawności. Tego typu tendencja w myśleniu badanych fizjoterapeutów wpisuje się w zasadzie w nurt łączenia elementów modelu jednostkowego, społecznego oraz integracyjnego niepełnosprawności, a co za tym idzie również szerokiego rozumienia specyfiki rehabilitacji społecznej.

Warto także zauważyć, iż respondenci obok specyficznej charakterystyki rehabilitacji społecznej wskazywali jako niemalże jej synonimy aktywność zawodową, a także uczestnictwo osób niepełnosprawnych w życiu kulturalnym czy chociażby uprawianie sportów. Tego typu podejście również wpisuje się nurt myślenia o rehabilitacji w ogóle jako o procesie „wdrażania osób niepełnosprawnych do naturalnych aktywności”, zamiast wyłączonego koncentrowania się na tradycyjne pojętych, profesjonalnych procedurach rehabilitacyjnych [4].

Przy tak szerokim i zarazem wszechstronnym, urozmaiconym rozumieniu procesu rehabilitacji społecznej przez fizjoterapeutów nie dziwi, iż są oni nie tylko świadomi niemożliwości ograniczania rehabilitacji jedynie do usprawniania fizycznego organizmu, ale również charakteryzują ów proces rehabilitacji fizjoterapeutycznej jako zawierający elementy działań stricte terapeutycznych. Takie twierdzenia badanych sytuują się w nurcie myślenia o rehabilitacji jako procesie, w którym biorą udział wszechstronnie zorientowani profesjonalści niebędący jedynie specjalistami w wąskim obszarze oddziaływań rehabilitacyjnych.

Określenie przez badanych fizjoterapeutów istniejącego systemu wsparcia społecznego jako jedynie przeciętnie spełniającego swoją rolę, a przy tym w pewnym sensie pominięcie znaczenia zarówno pomocy społecznej, jak i PFRON, czyli reprezentantów instytucjonalnego wsparcia społecznego w ponoszeniu odpowiedzialności za rehabilitację społeczną, poddaje w wątpliwość, po pierwsze, efektywność aktywizowania jednostki niepełnosprawnej przez instytucjonalną pomoc [5], po drugie, odpowiedniość między oczekiwanym, a uzyskiwanym wsparciem [5]. Interesującą informacją jest to, iż respondenci wskazują personel medyczny, a w tym i samych fizjoterapeutów jako grupę zawodową odpowiedzialną w znacznym stopniu za rehabilitację społeczną. Miejsce, w którym respondenci uplasowali pozycję personelu medycznego, wydaje się dość specyficzne, gdyż powyżej znajduje się jedynie rodzina osoby niepełnosprawnej zaś poniżej przyjaciele i znajomi. W zasadzie można więc stwierdzić, iż zdaniem respondentów personel medyczny, w tym – jeszcze raz należy podkreślić – fizjoterapeuci, pełni zasadniczą rolę w strukturze wsparcia społecznego, które stanowi instrument rehabilitacji społecznej. Usytuowanie personelu medycznego wydaje się tym ciekawsze, gdy zwróci się uwagę na to, iż w zasadzie jego miejsce w strukturze wsparcia i odpowiedzialności

społecznej za sytuację osób niepełnosprawnych, znajduje się pomiędzy wsparciem środowiska naturalnego, a wsparciem instytucjonalnym [2]; na drugiej pozycji, poniżej personelu medycznego, został umiejscowiony chociażby PFRON. W zasadzie można skonstatować, że personel medyczny został uznany przez badanych fizjoterapeutów jako tzw. „znaczący inni”, którzy plasują się na styku profesjonalnej pomocy i pomocniczego oddziaływania [2].

W związku z powyższym, należy wnioskować, iż respondenci w zdecydowany sposób upatrują siebie przynajmniej jako deklarujących czynną rolę w procesie rehabilitacji społecznej, zaś forma w jakiej przypuszczalnie fizjoterapeuci mogliby podjąć się realizacji interwencji w tym zakresie, obejmować powinna, jak się wydaje, funkcję eksperta w zakresie wsparcia informacyjnego, a następnie jego funkcji emocjonalnej czy dowartościowującej.

### WNIOSKI

1. Badana grupa fizjoterapeutów postrzega rehabilitację społeczną jako złożony proces, ukierunkowany na osiągnięcie ogólnospołecznych celów, takich jak: pełne uczestnictwo osób niepełnosprawnych w życiu społecznym i publicznym, stworzenie warunków do pełnienia przez te osoby ról społecznych oraz korzystania na równych prawach ze zdrowymi z dostępnych dóbr.
2. Wieloaspektowe rozumienie rehabilitacji społecznej przez respondentów wpisuje się w główne nurty współczesnych rozważań na temat kompleksowego oraz komplementarnego ujmowania zagadnień z obszaru szeroko ujmowanej rehabilitacji.
3. Badani fizjoterapeuci uznali, iż zarówno dostępność, jak i skuteczność rehabilitacji społecznej plasuje się na najniższym poziomie w stosunku do rehabilitacji psychologicznej i najwyższej notowanej rehabilitacji medycznej. Respondenci zdecydowanie wykazują świadomość, a także potrzebę nie tylko medycznych oddziaływań w procesie fizjoterapeutycznym, choć w ramach typów rehabilitacji społecznej w nieznanym stopniu są bardziej skłonni do wybierania indywidualnego modelu niepełnosprawności, charakterystycznego dla rehabilitacji medycznej.
4. Fizjoterapeuci, oceniając istniejący system instytucjonalnego wsparcia społecznego jako przeciętnie spełniający swoją rolę podkreślają, iż personel medyczny w znacznym stopniu jest odpowiedzialny za efektywność rehabilitacji społecznej. Należy zaznaczyć, iż zdaniem badanych odpowiedzialność pomocy społecznej czy chociażby PFRON-u jest w zasadzie drugoplanowa.
5. Badani fizjoterapeuci zdecydowanie widzą swoją rolę w procesie rehabilitacji społecznej oraz wsparciu społecznym osób niepełnosprawnych, przy czym swoje miejsce w strukturze tego typu interwencji upatrują w zasadzie na granicy między profesjonalną i specjalistyczną pomocą, a pomocniczym oddziaływaniem.

### PIŚMIENNICTWO

1. Kirenko J.: Indywidualna i społeczna percepcja niepełnosprawności. Lublin: Wydaw. UM CS, 2007, 40, 41, 45-46, 36, 47-50, 51. – 2. Kotkowska-Szulzyk A.: Wspieranie osób niepełnosprawnych w procesie rehabilitacji. W: Wsparcie społeczne w rehabilitacji i resocjalizacji, red. Palak Z., Bartkiewicz Z., Lublin: Wydaw. UMCS, 2007, 153-157. – 3. Kowalik S.: Humanizacja pomocy udzielanej osobom z

niepełnosprawnością, W: Niepełnosprawność, red. Seidler W. Gdańsk: Gdańskie Towarzystwo Psychologiczne, 2007, 233-244. – 4. Kowalik S.: Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Warszawa: Interart, 1996, 159, 30-37, 31. – 5. Maciarz A.: Społeczne wspieranie osób niepełnosprawnych w procesie ich integracji. W: Wsparcie społeczne w rehabilitacji i resocjalizacji, red. Palak Z., Bartkiewicz Z., Lublin: Wydaw. UMCS, 2007, 55, 56. – 6. Ostrowska A., Sikorska J.: Syndrom niepełnosprawności w Polsce. Bariery integracji. Warszawa: Wydaw. IFIS PAN, 1996, 17-18, 19. – 7. Sowa J.: Relacje interpersonalne w procesie wsparcia społecznego osób niepełnosprawnych. W: Wsparcie społeczne w rehabilitacji i resocjalizacji, red. Palak Z., Bartkiewicz Z., Lublin: Wydaw. UMCS, 2007, 37, 32-33. – 8. Speck O.: Niepełnosprawni w społeczeństwie. Gdańsk: Gdańskie Wydaw. Psychologiczne, 2005, 385-393, 398. – 9. Tobiasz-Adamczyk B.: Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby, Kraków: Wydaw. Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2000, 213-217. – 10. Zeidler W.: Czy na pewno integracja? Postawy wobec osób niepełnosprawnych: stare problemy, nowe wątpliwości. Odkrywanie i akceptacja ludzkiej godności. W: Niepełnosprawność, Zeidler W. Gdańsk: Gdańskie Wydaw. Psychologiczne, 2007, 40-41.

11. Żurek A.: Wybrane zagadnienia osób niepełnosprawnych. W: Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny, red. Barański J., Piątkowski W. Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT Wrocławskie Wydaw. Oświatowe, 2002, 117-118

A. Janaszczyk, K. Leoniuk

#### SOCIAL REHABILITATION IN CONTEXT OF PROFESSIONAL ROLE OF THE PHYSIOTHERAPIST

##### Summary

The modern concept of rehabilitation is to understand the process of efficiency, through the medical, psychological and social development.

Social development, promotes a wide range of professional activities. A study was carried out to show the knowledge, opinions and assessment of physical therapists with regard to social rehabilitation.

The purpose of the survey was to present professional motivation, competence, ambition and experience in dealing with persons with the disabled, which allowed to recognize sense of the role of the physiotherapist in the broader rehabilitation especially pointing out to social rehabilitation.

In the line of occupational aspirations the respondents indicated that the physiotherapy profession is not solely focused on medical problems (80%). According to the survey, up to 89% of respondents are aware that rehabilitation of the disabled doesn't only comprise improving their physical aspects, but also their mental state or general well-being. It is only a part of the therapeutic process. As many as 43% of physiotherapists have the responsibility to help to integrate the disabled back into the general society.

In determining the meaning of „social rehabilitation”, the respondents understand the term in an extremely wide way. Three main schools of thought have emerged from the survey.

43% of respondents felt that social rehabilitation is to adapt a disabled person to social and public life, with the use of available assets, and to carry out social roles. In other words, some physiotherapists understand the process of social rehabilitation as an individual model of disability, where individuals have to adapt to the surrounding environment. 41% clearly understand of social rehabilitation as participation of society in solving problems of disabled people by creating opportunities and conditions to improve their standard of living. This group indicates the social model of disability, which stresses the social responsibility for the disabled to participate in public life. The third group of physiotherapists (40%) determine the trend of social rehabilitation as integration. Which means that this process includes people with disabilities into environment which would be manifested in intense contacts with the general public. Keeping in mind that respondents could freely determine the characteristics of social rehabilitation, the ranges of these three groups of responses interpenetrate which leads to the conclusion that physiotherapists

perceive social rehabilitation in a variety of ways with a slight predominance of the individual model.

This confirms the opinion of physiotherapists, that individual factors condition to the rehabilitation, as well as willingness to undertake additional rehabilitation. In its first case: the motivation, desire and aspirations, in the second: awareness and active life. However, external factors such as communication, architectural and financial conditions represent secondary determinants according to the surveyed respondents.

It must be concluded that the respondents are not only aware of the complexity of the rehabilitation process, which goes far beyond the medical aspect, but also see their role in the social rehabilitation. It is interesting to notice that respondents slightly prefer understanding the social rehabilitation in the spirit of the individual model of disability. It seems that it may be a transfer of physical characteristics of physiotherapists work involving medical adaptation of disabled people to high quality life.

Adres: dr Agata Janaszczyk

Zakład Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej GUMed

e-mail: [agajana@gumed.edu.pl](mailto:agajana@gumed.edu.pl)